

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1123

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri BOURDEAU

Ancien Interne Provisoire des Hôpitaux de Paris.

Né le 27 juillet 1910, à Parthenay (Deux-Sèvres).

Prurigo-Strophulus

et

Dysfonctionnement hépatique

TRAVAIL DE LA CONSULTATION DE L'HOPITAL TROUSSEAU.

Président : M. P. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri BOURDEAU

Ancien Interne Provisoire des Hôpitaux de Paris.

Né le 27 juillet 1910, à Parthenay (Deux-Sèvres).

Prurigo-Strophulus

et

Dysfonctionnement hépatique

TRAVAIL DE LA CONSULTATION DE L'HOPITAL TROUSSEAU.

Président : M. P. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI.	Robert DEBRE.
Chimie médicale	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie	ABRAMI.	MONDOR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEROUX.	CHAMPY.
Pathologie et thérapeutique générales	TIFFENEAU.	HARVIER.
Pathologie médicale	TANON.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale	LAIGNEL-LAVASTINE.	FISSINGER.
Anatomie pathologique	CHIRAY.	LOEPER.
Histologie	CARNOT.	CLERC.
Pharmacologie et matière médicale	Marcel LABBE.	LEREBoullet.
Thérapeutique	NOBECOURT.	
Hygiène et médecine préventive		
Médecine légale		
Histoire de la médecine et de la chirurgie		
Pathologie expérimentale et comparée		
Hydrologie thérapeutique et climatologie		
Clinique médicale		
Hygiène et clinique de la première enfance		
Clinique des maladies des enfants		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique des maladies infectieuses		
Clinique chirurgicale		
Clinique ophtalmologique		
Clinique urologique		
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique de cardiologie		
Clinique de neuro-chirurgie		
Assistance médico-sociale		
Professeurs sans chaire		

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTURJOL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.

MM.	
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULÉ.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.	
SEZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale
BROCO.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUENU.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR GEORGES BOURDEAU

A MA MÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LEREBoullet

Professeur d'Hygiène et Clinique de la première enfance.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

Médecin de l'Hôpital des Enfants assistés.

*En hommage pour le très grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant de pré-
sider cette thèse.*

Témoignage de profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT CLEMENT

Médecin de l'Hôpital Trousseau.

*Qui a encouragé notre travail et nous a
aidé de ses précieux conseils. Qu'il trouve
ici l'expression de notre profonde recon-
naissance.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Médecin de l'Hôpital Laënnec.

*Qui nous a fait pleinement réaliser le
sens du mot « patron ».*

*Qu'il trouve ici ainsi que Madame Ra-
mond l'expression de notre respectueuse
et reconnaissante affection.*

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

AU DOCTEUR MORICHAU-BEAUCHANT

Professeur de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine de Poitiers.

*Qui fût notre premier Maître.
En témoignage de notre respectueux et
très sincère attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARET
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES GIRODE
Chirurgien des Hôpitaux.
MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGERET
Chirurgien des Hôpitaux.
MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIEU PIERRE WEIL
Médecin des Hôpitaux.
MONSIEUR LE DOCTEUR E. LESNE
Médecin Honoraire des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de Médecine.
MONSIEUR LE DOCTEUR A. TZANCK
Médecin des Hôpitaux.
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND
Médecin des Hôpitaux.

Internat de Sainte-Périne :

MONSIEUR LE DOCTEUR R. CACHERA
Médecin des Hôpitaux.
Professeur agrégé.

Internat provisoire :

MONSIEUR LE DOCTEUR L. CLEISZ
Accoucheur des Hôpitaux.
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND
Médecin des Hôpitaux.

A MONSIEUR S. VIALARD

Médecin-Assistant de l'Hôpital Laënnec.

A MES CONFÉRENCIERS

MONSIEUR LE DOCTEUR P. SOULIE

Médecin des Hôpitaux.
Professeur agrégé.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. ABOULKER

Chef de Clinique à la Faculté
Prosecteur.

MONSIEUR LE DOCTEUR R. FAUVERT

Chef de Clinique à la Faculté

A MES AMIS

MADAME LE DOCTEUR HUBERT BENOIT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

MONSIEUR LE DOCTEUR HUBERT BENOIT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. MORICHAU-BEAUCHANT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

INTRODUCTION

DARIER, dans son *Précis de Dermatologie*, définit ainsi le *prurigo-strophulus* : prurigo aigu et bénin caractérisé par :

— un élément spécial et exclusif, la *papule de Strophulus*, naissant généralement sur une base urticarienne;

— une éruption procédant par *poussées rapides*, successives ou subintrantes, disséminées sur tout le corps;

— *l'absence habituelle de lichenisation et d'eczématisation*;

— une durée limitée, quelques semaines à quelques mois, mais avec récidives;

— un pronostic en somme bénin.

Ces caractères précis ne semblent pas laisser place à l'équivoque. Pourtant ce n'est que peu à peu que le Prurigo-Strophulus a été bien isolé du vaste groupe des dermatoses papuleuses.

C'est avec WILLAN qu'apparaît pour la première fois le mot de Strophulus. Mais on désignait alors sous ce nom toutes les éruptions papuleuses des enfants en bas âge. WILLAN en distinguait cinq sortes. Deux d'entre elles, le Strophulus confertus et le Strophulus Volaticus représentaient seulement des formes

de groupement des lésions cutanées. Les trois autres au contraire, répondaient à des modalités éruptives différentes. Le *Strophulus Intertinctus* était caractérisé par des papules épaisses d'un rouge animé, entremêlées de taches érythémateuses éphémères, et ne s'accompagnait pas de troubles de la santé générale. Il correspondait, semble-t-il, à ce que nous nommons encore le feu de dents, c'est-à-dire à une éruption banale sudorale ou microbienne.

Le type *Albidus*, où les papules étaient blanches entourées d'une rougeur à la base et plus durables que les précédentes, représente assez bien notre prurigo simplex. Enfin, le *Strophulus Candidus* dont les éléments éparpillés étaient de grande dimension, d'un blanc mat, et sans inflammation à leur base, rappelle nettement l'éruption urticarienne pure.

C'est BATEMAN en 1824 qui, dissociant le groupe des *Strophulus*, en tire une forme clinique précise qu'il dénomme *Lichen Urticatus*.

Un peu plus tard, HÉBRA baptise la même affection *Urticaria Papulosa*. Mais HARDY et les dermatologistes français conservent le nom de *Strophulus Pruriginosus*.

En 1894, BROcq découvre la similitude du *Prurigo Strophulus* avec son Prurigo Simplex aigu et décrit à ce dernier deux formes, dont l'une infantile correspond à l'urticaire papuleuse de HÉBRA.

Plus tard, il écrit encore dans son traité de Dermatologie Pratique : « Sous le nom générique de *Strophulus* on a autrefois décrit toutes les éruptions pa-

puleuses de l'enfant. Il est probable que ce mot disparaîtra tôt ou tard de la nomenclature dermatologique ».

Au Congrès des Dermatologistes de Paris, en 1929, CIVATTE se prononce nettement pour l'identification du Strophulus avec le Prurigo Simplex aigu : « Ces éruptions polymorphes sont depuis longtemps appelées Strophulus. Quelques auteurs hésitent à les assimiler tout à fait au Prurigo Simplex aigu; ils voudraient leur laisser leur ancien nom et réserver celui de prurigo simplex aigu à l'éruption monomorphe. Il serait bon d'adopter sur ce point une règle commune. L'usage tend de plus en plus à confondre entièrement les deux termes. Il faut souhaiter que cette synonymie sans restriction soit admise partout ».

Le Strophulus de WILLIAM et BATEMAN, le lichen simplex aigu de VIDAL doit-il donc être entièrement confondu avec le Prurigo Simplex aigu de BROcq ? Il ne le semble pas, et, on peut avec MILIAN schématiser ainsi les caractères distinctifs des deux affections :

Différences cliniques : Le prurigo simplex aigu apparaît chez l'adulte, la lésion élémentaire est une papule de prurigo simple, l'éruption est monomorphe. Le strophulus apparaît chez l'enfant, l'élément principal est une séro-papule urticarienne, l'éruption est polymorphe.

Différences évolutives : Le prurigo simplex aigu est une affection aiguë remarquablement cyclique, évoluant en quelques jours comme une fièvre éruptive, ne récidivant jamais, se terminant par la guéri-

son. Le strophulus est une éruption à rechutes durant souvent plusieurs mois, donc subaiguë, sans cyclisme apparent, avec des rechutes nombreuses. Il faut insister sur ce caractère récidivant du strophulus à côté de la durée très brève du prurigo simplex aigu.

Différences étiologiques : nous les verrons en étudiant en détail l'étiologie complexe du strophulus.

MILLAN a proposé l'appellation de « prurigo simplex infantile à rechutes ».

Les dermatologistes Anglais conservent encore actuellement le terme de « urticaria papulosa » (BARBER) ou de « papular urticaria » (R. HALLAM).

Les auteurs Allemands celui de « urticaria chronica infantum ».

Mais il paraît en définitive légitime de conserver l'expression, proposée par MARFAN, de *Prurigo-Strophulus* pour cette affection caractérisée, rappelons-le par :

— sa lésion élémentaire : la papule de prurigo, conique, sur une base urticarienne;

— son éruption : par poussées rapides et disséminées;

— sa durée : pouvant durer des mois, avec récidives;

— l'absence habituelle de lichenification et d'eczématisation;

— son pronostic bénin.

Ainsi défini, le prurigo strophulus présente des caractères cliniques bien précis et que nous rappellerons plus loin. Mais sa nature même, ses causes et ses

conditions d'apparition sont beaucoup moins bien connues.

Cependant, nous avons été frappé, en présence des nombreux cas de prurigo que nous avons eu l'occasion d'observer, tant à la consultation de l'Hôpital Trousseau qu'à celle de l'Hôpital Saint-Antoine, de la fréquence avec laquelle les petits malades atteints de strophulus présentaient en même temps des signes de dysfonctionnement hépatique.

C'est la fréquence et l'importance de cette coïncidence, avec les conséquences thérapeutiques qu'elle peut comporter, que nous avons voulu essayé de souligner, sur le conseil et sous la direction de Monsieur le Docteur Robert CLÉMENT qui a bien voulu en outre nous communiquer des nombreuses observations de sa consultation de l'Hôpital Trousseau; qu'il en soit ici très sincèrement remercié.

Nous nous proposons de rappeler tout d'abord les caractères cliniques du strophulus. Puis nous étudierons ses causes déclenchantes et le terrain particulier sur lequel il survient. Nous verrons que dans la plupart des cas, ce terrain particulier est caractérisé par un trouble du fonctionnement hépatique et qu'il doit être tenu compte de cette notion dans la thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

CLINIQUE

I. — Symptomatologie.

La symptomatologie du Prurigo-Strophulus est bien connue et a été décrite avec minutie par les auteurs classiques, pédiatres et dermatologues.

Il s'agit, nous l'avons vu, d'un prurigo aigu et bénin évoluant par poussées successives, qui durent un temps variable, et sont séparées par des périodes de bonne santé plus ou moins prolongées.

Il est surtout fréquent de un à trois ans et à son apparition président des conditions de terrain et des causes déclenchantes sur lesquelles nous reviendons plus loin.

L'ACCÈS DE PRURIGO-STROPHULUS.

Début.

Le début est brusque, subit.

Du moins en apparence, car il est souvent précédé de quelques prodromes. Mais très légers, ils passent en général inaperçus et ne sont retrouvés que par un

interrogatoire soigneux. Ce sont quelques troubles généraux et digestifs : réaction fébrile légère, parfois malaise général pendant 24 à 48 heures, inappétence, vomissements plus rares. Ces légers troubles ne sont généralement pas signalés spontanément par les parents.

Par contre, il est habituel de voir un prurit manifeste, intense, précéder quelque peu l'éruption.

L'éruption, elle-même, a tout au début, un aspect purement urticarien. Pourtant, dès ce moment, quelques caractères pourraient orienter le diagnostic.

Les éléments éruptifs, en effet, s'ils sont d'aspect nettement urticarien, ne donnent pas au toucher l'impression de velouté régulier qui est de règle dans l'urticaire commune. On peut percevoir par une palpation douce au centre de chaque tâche urticarienne une légère infiltration, parfois même une véritable induration. Si l'on tend la peau, ou, si on l'examine à l'aide du vitro-presseur on aperçoit la cause de l'infiltration perçue au toucher sous forme d'une tache jaunâtre, ressemblant à une goutte de cire, la future papule.

Tout autour des éléments urticariens apparus spontanément, le grattage de la peau peut en faire apparaître de nouveaux.

Mais très vite, l'élément caractéristique du Prurigo-Strophulus va apparaître nettement. Au bout de quelques heures, 4 à 12, on est en pleine période d'état.

Période d'état.

L'éruption.

La lésion élémentaire.

C'est la papule de strophulus, séro-papule de TOMMASOLI, papulo-vésicule urticarienne de BROCC. Elle est toujours très semblable à elle-même, du moins au début.

La base urticarienne sur laquelle elle est apparue disparaît rapidement et la papule persiste seule comme une petite saillie congestive.

Sa coloration est d'abord rosée, puis plus tard, surtout après grattage, rouge vif. Cette coloration disparaît par la pression quand elle est récente, plus tard, il persiste une légère teinte tirant sur le bistre.

Sa forme est conique : c'est celle d'un cône tronqué à sommet arrondi.

Ses dimensions sont toujours minimales : une tête d'épingle, un grain de mil, rarement lenticulaire.

Ses limites sont assez nettes.

Sa consistance est ferme. Elle paraît nettement surélevée au-dessus des téguments. Au toucher, on a l'impression d'une infiltration superficielle, « dure, acuminée » (CIVATTE).

C'est bien une séro-papule et non une vésicule, car lorsqu'on perçoit le sommet, on voit sourdre, non une gouttelette, mais une infime quantité de sérosité. Pourtant, lorsque l'éruption vieillit, on peut voir en certains points de véritables bulles.

Siège.

Cette éruption débute souvent au niveau des membres supérieurs. Parfois, dans la région cervicale. Mais le plus souvent, le lieu de début de l'éruption ne peut être précisé. L'éruption semble avoir été disséminée d'emblée. La dissémination des lésions est en effet le caractère topographique le plus important du Prurigo-Strophulus.

Par ordre de fréquence, cependant, on peut dire que les membres sont les premiers atteints. Puis viennent : le cou, les parties antérieures et postérieures du thorax, enfin la région fessière.

La face est généralement respectée, surtout au cours des premières atteintes. Ce n'est guère que si les accès se répètent qu'on voit apparaître des éléments sur les oreilles, le front, les joues.

Au niveau des membres, c'est essentiellement à la face d'extension qu'apparaît l'éruption. Les faces d'extension, au contraire, sont en règle respectées ou, du moins peu touchées.

Si les papules sont très abondantes, elles peuvent devenir tangentes les unes aux autres, mais jamais elles ne se confondent pour former de véritables placards.

Il est important de noter qu'en certaines zones l'éruption peut prendre des aspects particuliers. Des bulles et des vésicules peuvent coexister avec les papules propres au Strophulus. Ceci s'observe surtout au niveau de la paume des mains et de la plante des

pieds, régions d'ailleurs rarement atteintes. Mais ce caractère polymorphe de l'éruption est bien remarquable et mérite qu'on y insiste. Il semble en effet une des meilleures raisons qui incitent à penser que le Prurigo-Strophulus est une entité bien particulière, différente d'une forme infantile du Prurigo Simplex aigu de l'adulte si remarquablement monomorphe.

Evolution des éléments.

La papule persiste 4 à 10 jours. Elle se recouvre d'une petite croûte adhérente qui passe du jaune brun au brun noir et tombe d'elle-même sans laisser de trace. Parfois cependant persiste, mais de façon très transitoire une macule pigmentaire.

Certains des éléments peuvent disparaître en 3 ou 4 jours, de façon abortive sans présenter de croûte.

Si la papule est excoriée, elle se recouvre d'une croûte noirâtre; elle dure plus longtemps et laisse après elle une cicatrice persistance.

Enfin il faut insister sur le fait que la lichénification, l'eczématisation et les pyodermites restent absolument exceptionnelles.

Signes fonctionnels.

Le prurit est variable et rémittent, mais souvent intense. Il s'agit de démangeaisons souvent très marquées, qui s'exaspèrent quand on irrite les lésions. Elles sont rarement continues, avec des exacerba-

tions nocturnes, plus souvent interrompues par des périodes de calme complet ou relatif.

Quant au moment de son apparition, il semble bien que le prurit est le symptôme initial du Prurigo-Strophulus.

Signes généraux.

Les signes généraux sont toujours très discrets. Nous avons vu l'existence d'une légère réaction fébrile de début qui ne dépasse généralement pas 37°5 ou 38°. Les troubles digestifs manquent très rarement, mais sont très peu marqués. Ils consistent en un certain degré d'inappétence, quelques vomissements inconstants, ballonnement abdominal, selles pâteuses ou diarrhéiques fétides, ou au contraire constipation. Très souvent, enfin, les ganglions lymphatiques superficiels sont légèrement tuméfiés.

Evolution.

Une vingtaine d'éléments constituent habituellement la première poussée et poursuivent leur évolution en 8 à 10 jours.

Mais une deuxième poussée survient 2 à 3 jours après la première. Et l'accès se poursuit ainsi par poussées éruptives successives. Il s'agit donc d'une dermatose subaiguë à paroxysmes. Aussi lorsque l'on examine l'enfant au cours d'un accès on trouve des éléments d'âge différent. C'est là un caractère clinique important de l'éruption.

Dans l'ensemble, la durée d'une poussée de Strophulus varie entre 3 semaines et 3 mois, mais peut dans certains cas se prolonger bien davantage.

De toute façon, l'accès de Strophulus se termine par la guérison, et il faut rappeler l'absolue rareté des complications. La lichénification, l'eczématisation, la pyodermite, même si les vésicules ont été excoriées, ne s'observent pour ainsi dire jamais.

EVOLUTION GÉNÉRALE.

Mais les récides sont fréquentes. On peut dire qu'elles sont la règle à échéance plus ou moins éloignée. Le Prurigo-Strophulus est une dermatose à rechutes. Les récides peuvent être en rapport avec des causes particulières, saisonnières ou personnelles. Elles peuvent même être si rapprochées que les accès deviennent subintrants.

Mais dans tous les cas, vers l'âge de 3 à 5 ans, les crises s'espacent et la guérison survient spontanément.

Il faut néanmoins signaler la fréquence avec laquelle les enfants atteints de Strophulus souffrent aussi d'autres accidents qui peuvent alterner avec les crises de Prurigo ou leur succéder lorsque ce dernier disparaît.

Il s'agit surtout de :

Migraines,

Eczéma,

Urticaire,
Crises d'asthme,
Rhume des foin,

qui semblent constituer de véritables équivalents morbides.

PRONOSTIC.

Le pronostic d'ensemble est donc essentiellement bénin. La guérison totale est la règle. Ces pigmentations sont toujours transitoires, et, même lorsqu'il y a eu excoriation des vésicules, les cicatrices restantes sont minimes et négligeables.

Mais c'est une incommodité disgracieuse, rendue très gênante par le prurit qui l'accompagne.

D'autre part, il disparaît en général spontanément vers l'âge de 4 à 5 ans, mais peut persister parfois jusqu'à la puberté.

Quant à la transformation en Prurigo chronique de HÉBRA, elle semble non seulement rarissime, mais même hypothétique.

FORMES CLINIQUES.

Les modalités éruptives du Strophulus sont assez peu nombreuses. Signalons cependant :

Selon la gravité :

Les formes légères où n'existent que quelques éléments, peu de prurit, et, seulement une ou deux poussées.

Les formes frustes (GOUGEROT) ignorées ou méconnues et révélées secondairement par une leucomélanodermie solaire.

Les formes marquées à éléments peu nombreux, apparaissant par poussées fréquentes, subintrantes. Chaque poussée s'accompagne de fièvre, de troubles digestifs et d'adénopathies multiples. Ces formes semblent l'apanage des terrains antérieurement débilisés. Elles sont d'ailleurs rares et la guérison en reste malgré tout la terminaison habituelle.

Selon l'évolution :

L'évolution normale du Prurigo-Strophulus est subaiguë. Mais les récides peuvent présenter différentes modalités et on peut distinguer :

Des formes à évolution subintrante qui ne laissent pas d'intervalle libre entre chaque récide.

Des formes à évolution discontinue où les poussées sont séparées par des périodes de calme relatif. Mais pour des causes banales, et, souvent, toujours semblables pour un sujet donné, la dermatose réapparaît.

— *Des formes chroniques* représentées objectivement par l'apparition récidivante de papulo-vésicules typiques. Ces poussées, sans être d'une intensité marquée, sont toujours d'une grande ténacité, et atteignent souvent leur acuité maxima pendant la saison chaude. Cette forme représente une véritable transition entre le Strophulus, le prurigo de HÉBRA, et le Summer-Prurigo d'HUTCHINSON.

Selon l'élément :

Nous avons vu que le début du Prurigo-Strophulus se fait par des éléments urticariens. Parfois, la lésion élémentaire du Prurigo semble avorter et se limiter à l'élevure ortiée du début : c'est la *forme urticarienne*. Parfois l'éruption prend un caractère plus nettement exsudatif. Dans ce cas les éléments sont de petites vésicules naissant sur la base urticarienne, ou même des bulles plus ou moins volumineuses. De telles lésions donnent l'impression d'une éruption de varicelle ou de variole : c'est la *forme varicelliforme d'Hutchinson*.

Parfois aussi, les papulo-vésicules s'infectent. L'impétigo masque alors secondairement l'aspect caractéristique de la maladie.

Selon l'éruption :

Suivant le groupement et l'aspect des papules, WILLAN et les classiques distinguaient plusieurs formes. Nous en retiendrons :

Le Strophulus Confertus dans lequel les papules sont très nombreuses et épaisses et garnissent la face, le tronc, et les membres.

Le Strophulus Volaticus où les papules sont au contraire agminées en petits groupes circulaires de 6 à 10 éléments, et dont l'évolution se prolonge pendant plusieurs septennaires.

Parfois les papules ont une localisation anormale :

Forme localisée à la face de flexion des membres.

Forme localisée à la région rétro-auriculaire (GASTINEL).

Citons enfin une forme anormale à *type de Prurigo-Férox* de WIDAL.

Selon l'âge :

Les types sont peu variés selon l'âge. Rappelons seulement que le Prurigo est surtout fréquent de 3 mois à un an, qu'il disparaît habituellement vers 4 ou 5 ans, mais qu'il peut exceptionnellement se prolonger jusqu'à la puberté, et, plus rarement encore jusqu'à l'âge de 15 ou 20 ans.

Formes associées.

Très fréquentes enfin sont les formes associées à l'asthme, aux vomissements acétonémiques, et à l'urticaire.

II. — Diagnostic.

On lit couramment dans les traités de médecine infantile que le Prurigo-Strophulus est d'un diagnostic facile. En réalité, il semble bien que cette facilité n'est qu'apparente et que ce diagnostic est assez souvent porté à tort. Et DARIER a pu écrire à ce propos : « Le Prurigo-Strophulus est sans doute trop peu connu, car à tout moment des médecins le décrivent à nouveau sous une appellation quelconque ».

Pour poser ce diagnostic avec certitude, il faut d'abord s'attacher à reconnaître la lésion élémen-

taire, la séro-papule caractéristique. Les autres éléments essentiels demeurent comme nous l'avons vu : le caractère disséminé de l'éruption, la coexistence d'éléments d'âges différents, les poussées successives, l'absence de lichénification et d'eczématisation, la rareté de l'infection.

Forme typique.

Dans les formes les plus typiques elles-mêmes, différents diagnostics méritent d'être envisagés. Nous insisterons particulièrement sur les prurigos parasitaires qui constituent en pratique le vrai diagnostic.

L'urticaire vraie commune nécessite, au moins au tout début de l'éruption, un examen très soigneux pour déceler, à l'aide du vitro-compresseur, la future papule sous forme d'une pigmentation jaunâtre, au centre de la tache érythémateuse. Cette papule, nous l'avons vu, devient rapidement typique et permet aisément de réviser le diagnostic au cas où l'erreur aurait été faite au début.

La miliaire rouge, appelée aussi impétigo miliaire ou eczéma aigu disséminé, peut réaliser une éruption dont l'aspect est assez voisin de celui du strophulus. Mais l'étiologie généralement apparente (sudation abondante ou irritation cutanée), la localisation au tronc et aux segments supérieurs des membres, enfin la guérison rapide en quelques jours permettent facilement la distinction sans qu'il soit besoin de recourir aux examens histologiques (bulles sur

fond de dermite congestive), ou bactériologique (staphylocoques).

Les éruptions papuleuses médicamenteuses sont rares chez l'enfant. Les lésions cutanées qu'elles entraînent sont surtout bulleuses. Il faut cependant y penser et s'enquérir de l'administration récente de médicaments tels que l'antipyrine, l'opium ou la morphine, le bromure de potassium (BESNIER) ou les composés iodés.

Les prurigos parasitaires représentent le diagnostic de beaucoup le plus difficile, surtout chez certains malades d'hôpital.

Les pour seront assez rarement incriminés. Chez l'enfant, en effet, c'est le pédiculus capitis qui est de beaucoup le plus fréquent. Or, il reste localisé au cuir chevelu, à la nuque, aux épaules, c'est-à-dire que sa localisation est toute différente de celle du prurigo-strophulus. Le pédiculus corporis, par contre, peut simuler de très près l'éruption de strophulus, mais il est vraiment tout à fait exceptionnel chez l'enfant.

Les moustiques engendrent également des lésions érythémato-vésiculeuses du type strophuleux, mais ces lésions ont pour caractère essentiel de rester localisées aux parties découvertes.

Les piqûres de puces (pulex irritans), très fréquentes chez l'enfant, peuvent simuler les lésions de strophulus par le halo érythémateux qui imite l'élément urticarien affaissé et par le point d'inoculation qui simule la vésiculette de prurigo.

Dans certains cas, la preuve de l'origine parasitaire des lésions ne pourra être faite qu'en hospitalisant l'enfant afin de le soustraire à son milieu et de le mettre à l'abri des parasites piqueurs.

Les sarcoptes.

La gale de l'homme est fréquente chez l'enfant, et peut atteindre chez lui la paume des mains et la plante des pieds. Or, l'éruption de strophulus peut s'accompagner au niveau des poignets, d'éléments bulleux, papulo-pustuleux, et de simili-sillons, réalisant ainsi des lésions très semblables aux lésions scabieuses. Et, dans certains cas, seuls la découverte du sarcopte ou le traitement d'épreuve pourront permettre le diagnostic. Il faut signaler à ce sujet que pour Brocq, qui insistait, dès 1896, sur la difficulté de ce diagnostic, le parasite scabieux pourrait dans certains cas, jouer le rôle de cause occasionnelle d'un strophulus véritable, au même titre qu'un aliment toxique.

Les gales du chien et du chat sont rares chez les jeunes enfants.

Pourtant la gale du chat reproduit point par point les lésions du strophulus. Elle crée (THIBIERGE) « des séro-papules urticariennes du type prurigo simplex, groupées en bouquet sur les parties du corps ayant été en contact avec un animal malade ». Cette localisation est évidemment l'élément essentiel du diagnostic clinique; mais cette forme régionale, la plus habituelle, peut se généraliser et il devient alors bien

difficile de reconnaître la nature véritable de l'éruption. Les deux ou trois premiers jours on pourrait dans les squames profondes découvrir le parasite (*sarcoptes minor* ou notoëdre du chat). En tout cas, la guérison survient en une dizaine de jours.

Citons enfin des parasites plus rares, nécessitant un milieu spécial ou une région particulière :

Les rougets ou aoûtats (*leptus autumnalis*) de plus en plus communs aux environs de Paris, peuvent aussi créer des papulo-vésicules, mais ces lésions restent localisées aux endroits où un obstacle les a retenus (ceinture, brassière) ce qui donne à l'éruption un aspect évocateur. On découvre d'ailleurs le parasite dans l'entonnoir folliculaire d'un poil sous forme d'un point rouge sang.

La gale des céréales s'observe chez les enfants de paysans, élevés dans des fermes, en Italie surtout. Elle réalise une éruption précédée d'un prurit violent, faite de macules d'un rose tendre légèrement infiltrées et bientôt centrées d'une fine vésicule. Mais la guérison va survenir en une dizaine de jours, et, au cours de ces petites épidémies on découvre le parasite, pédiculoïdes *ventricosus* (NEWPORT, 1848), en passant dans l'amas de céréales suspectes une lame de verre huilée qu'on examine au microscope.

Les phlébotomes sont également capables de provoquer un tableau de strophulus typique. A la différence du prurigo les lésions sont vite infectées; mais la bénignité est cependant également constante.

Nous n'insisterons pas sur les nombreux autres agents qui pourraient être incriminés, tels : chenilles processionnaires, primevères du Japon, substances caustiques, et même pour certains malpropreté (DARIER) ou, au contraire, abus des savonnages (GALLOIS).

Enfin, une dernière question se pose : c'est celle des rapports du prurigo simplex aigu et du strophulus des enfants. Plus qu'une question de diagnostic à proprement parler, c'est une question de doctrine. Nous l'avons déjà envisagée, seule la lésion histologique est commune aux deux affections; pour le reste on peut les opposer point par point.

Le prurigo-strophulus est une affection des jeunes enfants, très fréquent. Il est caractérisé par une éruption de papulo-vésicules urticariennes, éruption polymorphe, sans signes généraux nets, évoluant par poussées successives pendant des mois. Son évolution est récidivante.

Le prurigo simplex aigu est une affection rare de l'adulte jeune, peut-être d'origine microbienne. Elle se caractérise cliniquement par une éruption de papules remarquablement monomorphe accompagnée d'un syndrome infectieux. Elle évolue de façon cyclique vers la guérison spontanée, rapide et sans récidive.

Dans les formes atypiques de nombreux diagnostics particuliers pourront se poser. Signalons, dans les formes :

Localisées : l'éruption papulo-prurigineuse printanière des enfants (THIBIERGE) faite de petites papules prurigineuses siégeant aux dos des phalanges dans les espaces interdigitaux, et guérissant spontanément en 8 à 10 jours.

Avortées, uniquement urticariennes : l'urticaire vraie.

Bulleuses : les dermatites polymorphes douloureuses dont le type est la maladie de DUHRING; le diagnostic repose sur la symétrie fréquente des lésions, l'atteinte des muqueuses, l'intensité des phénomènes subjectifs, et au besoin sur l'histologie et l'hématologie (éosinophilie).

Polymorphes : l'érythème polymorphe dans sa forme érythémato-papuleuse : mais l'élément est irrégulier souvent annulaire, la papulo-vésicule au lieu d'être conique est aplatie. Enfin l'ensemble présente une coloration livide cyanotique avec bordure vermillonnée caractéristique.

Varicelliforme d'Hutchinson : la distinction avec la varicelle peut être délicate. Cependant, la vésicule est plus volumineuse, plus dure, « enchassée » dans le derme et le halo érythémateux est fréquemment absent. La contagion est souvent retrouvée, et l'évolution de l'élément (vésico-pustule, croutelle, squames) différente.

Papulo-vésiculeuse : l'eczéma papuleux vrai a des vésicules beaucoup plus arrondies, une évolution plus longue, un prurit plus accusé.

Subaiguës : l'éruption du *summer prurigo* est bien différente, avec sa localisation aux zones exposées aux rayons solaires, son début aux mois d'été, ses récides uniquement estivales.

Le prurigo ferox (WIDAL) a une papulo-vésicule volumineuse (d'un petit pois à une cerise). Il existe des zones de lichénification légère, des adénopathies. Surtout le prurit est intense, intolérable, et d'une ténacité extrême.

Le prurigo lymphadénique doit être systématiquement suspecté : étude de la rate, examen hématologique (leucocytose moyenne, éosinophilie constante). Le prurigo lymphadénique banal, celui de DUBREUILH, ne ressemble d'ailleurs guère au strophulus, mais certaines lésions cutanées parmi les leucémides d'AUDRY peuvent être très semblables.

Il reste enfin à envisager la question du *Prurigo de Hébra*. Les rapports entre strophulus et prurigo de HÉBRA ont été très discutés. On a même défendu autrefois l'idée que le strophulus était la forme de début du prurigo de HÉBRA. Cette idée n'est plus acceptée aujourd'hui. Des observations longtemps poursuivies ont bien montré que cette éventualité est absolument exceptionnelle.

Il n'en reste pas moins vrai qu'au début le doute existe complètement, car les lésions histologiques sont semblables dans les deux cas. L'évolution seule permet la distinction. En cas de prurigo de HÉBRA, les lésions deviennent caractéristiques dès le courant de

la première année. Le prurit incessant rend l'enfant tourmenté, anxieux, insomniaque. La peau est couverte de lésions polymorphes : excoriations linéaires, papulo-folliculaires, croûtes, cicatrices, eczématisations diffuses ou régionales, pyodermites. Elle est épaissie, rude, pigmentée, par endroits terreuse et épilée. Les adénopathies sont souvent manifestes, l'état général est touché. On sait d'ailleurs le rôle que l'on fait jouer à la race, au paupérisme, aux conditions misérables de vie, à l'hérédo-syphilis.

En conclusion, on voit qu'un certain nombre d'affections peuvent simuler de plus ou moins près le strophulus. Hormis les cas de prurigo simplex aigu et de prurigo de HÉBRA au tout début, une épreuve objective permet toujours d'apporter la preuve irréfutable du diagnostic : c'est l'examen biopsique qui permet d'étudier l'anatomie-pathologique du prurigo-strophulus.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Lésion élémentaire typique.

Décrite par CIVATTE, c'est une lésion *dermique*. Une gaine de lymphocytes s'épanouissent en éventail dans le corps papillaire, le long d'un vaisseau. L'ensemble forme l'axe d'un nodule œdémateux occupant toute la hauteur du derme et semé de nombreux éosinophiles.

Les lésions épidermiques ne sont qu'un accident dû au grattage et aux frottements. Il y a d'abord une cavité lenticulaire dans la couche superficielle du corps muqueux de Malpighi. Son plafond est corné, son contenu est un magma de sérosité, de polynucléaires incomplets, de cellules malpighiennes, son fond est irrégulièrement malpighien. Puis la cavité bombe en surface, son fond se nécrose et il y a communication du corps papillaire avec la cavité intramalpighienne (vésicule à fond perforé). Ce n'est donc que la lésion réalisée sur toute peau enflammée par grattage ou traumatisme.

Éléments bulleux varicelliformes.

Ces éléments qui n'existent que sur les régions à épiderme épais et notamment au poignet comprennent :

Une lésion dermique absolument semblable à celle des éléments séro-papuleux;

Et une lésion épidermique tout à fait différente : c'est une bulle très étendue. Son plafond est constitué par une couche cornée, sur les côtés s'étire le corps muqueux nécrosé, le fond en est le corps papillaire nu, tandis qu'au centre, il n'y a plus de formation malpighienne : tout le corps muqueux a été arraché.

CHAPITRE II

LES CAUSES PROVOCATRICES

Dans un grand nombre de cas, l'apparition du strophulus paraît nettement en rapport avec une cause provocatrice particulière; et le prurigo-strophulus apparaît ainsi comme une véritable maladie de sensibilisation survenant sur un terrain préparé.

Ces causes provocatrices sont essentiellement d'ordre alimentaire, et trois sortes d'aliments surtout peuvent être incriminés : les aliments azotés, notamment certaines albumines animales, les farineux, et le lait de vache.

Les protéines animales.

La plupart des auteurs classiques, en effet, attribuent le prurigo à une digestion imparfaite des protéines animales (viande, œufs, poisson), et remarquent chez certains enfants des susceptibilités particulières à l'un de ces aliments qui correspondent à l'anaphylaxie des auteurs modernes.

Ils croient, au contraire, à l'heureuse influence d'un régime à prédominance farineuse, et L. JACQUET écrit :

« Les petits prurigineux seront privés de soupe

grasse ou maigre aux légumes, de charcuterie, de viande, de poisson, de crudités, d'épices, d'acidités, de sucreries, de boissons alcooliques, fermentées, excitantes de tous genres. On les nourrira de lait, de laitages, potages au lait, légumes décortiqués ou en purée. Les pommes de terre, les haricots secs, les lentilles et les pois seront parmi les meilleurs aliments. On y adjoindra quelques fromages au lait, des marmelades ou compotes de fruits peu sucrées. On veillera à ce que les repas soient pris lentement, avec une mastication prolongée, espacés de façon convenable, plutôt un peu multipliés que copieux et arrosés seulement d'une petite quantité d'eau pure ».

LEREDDE accuse tout particulièrement la viande : « Si la suralimentation est nuisible, écrit-il, elle paraît l'être surtout par l'exagération des aliments carnés introduits dans l'estomac. Il sera souvent utile de soumettre les malades atteints de dermatose rebelle au régime végétarien et, dans la suite, de leur conseiller une alimentation carnée extrêmement sobre ».

HUTINEL incrimine l'excès d'aliments azotés et pros-
crit les œufs et la viande, alors qu'il conseille de donner des féculents aux enfants atteints de strophulus.

MARFAN, dont les conceptions à ce sujet sont exposées dans la thèse de son élève, Mlle LE SCORNET, n'accuse que les protéines animales dans la production du strophulus et attache une grande importance au régime alimentaire : « A mesure que l'enfant grandit,

il faut diminuer de plus en plus le lait de vache. Pendant longtemps, l'enfant s'abstiendra des aliments suivants : œufs, poissons, produits de la mer, foie gras, charcuterie et viandes (excepté le maigre de jambon), cervelle et riz de veau (à cause de leur richesse en lipoïdes), fritures et sauces, hors-d'œuvre, choux et asperges, brioches, croissants, gâteaux à la crème ou aux œufs, fraises crues ou cuites, même en confiture. Après 18 mois, on permettra de temps en temps de la viande bien cuite. On donnera surtout des farineux, des pâtes, des légumes verts, des fruits cuits ou crus, des gâteaux secs ».

HALLEZ croit à l'action d'un certain nombre de protéines animales ou de lipoïdes et conseille de donner à l'enfant des hydrates de carbone (bouillies de farines ou purées de farineux) et des fruits cuits passés.

BLECHMANN enfin proscriit les mêmes aliments et conseille les féculents, les légumes verts et les fruits.

Les farineux.

Le rôle des farineux dans la production du prurigo-strophulus n'a été dégagé que plus tard. Pourtant BOUCHARD, puis LESAGE s'étaient élevés contre les inconvénients d'une alimentation trop exclusivement hydrocarbonée. SABOURAUD et LESNÉ avaient montré le rôle du pain dans certaines dermatoses.

Mais ce n'est que plus tard que le rôle des féculents dans la production du prurigo a été dégagé. C'est en

1926, que PASTEUR VALLÉRY-RADOT et BLAMOUTIER montrent que le prurigo, tout comme l'urticaire, peut être considéré comme une manifestation d'anaphylaxie digestive et qu'on doit incriminer l'absorption d'un ou plusieurs aliments (pain, farines, poissons, œufs, viandes).

C'est cependant de façon exceptionnelle que l'on a signalé en France des cas d'intolérance aux farineux se traduisant chez l'enfant par du prurigo.

A l'étranger au contraire, on constate que les auteurs Américains et Allemands mettent les différents aliments à peu près sur le même plan. Pour eux les farineux, tout comme les substances azotées sont susceptibles, dans certaines conditions, d'être mal supportés et d'engendrer du prurigo, au même titre que des crises d'asthme ou des accès de migraine. Ils font de cette intolérance une manifestation d'anaphylaxie digestive qu'ils ont mises en évidence par des cuti-réactions en série.

Il est à remarquer que les enfants intolérants vis-à-vis des féculents ne le sont pas pour n'importe quelle farine. C'est ainsi qu'on a rapporté le cas d'un enfant qui présentait du prurigo tout le temps que ses bouillies étaient préparées avec de l'orge mais ne faisait plus d'éruption avec des bouillies de blé ou d'avoine. Certains enfants qui sont sensibles au pain de froment ne le sont nullement au maïs ou à l'avoine. Certaines farines semblent ainsi mieux supportées que d'autres.

Le lait de vache.

L'intolérance de certains nourrissons au lait de vache a été souvent mise en évidence.

MARFAN cite des cas d'urticaire et de prurigo déterminés par une sensibilisation spéciale au lait de vache. « Dès que l'enfant est en âge de recevoir d'autres aliments que le lait du vache, dit-il, on diminue la quantité qu'il en prend et on donne des farineux ».

DARIER écrit qu'il faut souvent diminuer la quantité de lait chez les enfants atteints de strophulus.

PÉHU soutient que « suivant toutes probabilités, certaines dermatoses infantiles peuvent être considérées comme des états anaphylactiques, tels le prurigo-strophulus, les œdèmes localisés et peut-être l'eczéma ». Et il fait jouer un rôle important au lait et aux œufs dans la production de cette anaphylaxie.

NOBÉCOURT affirme que de nombreux enfants ne tolèrent pas le lait de vache, même donné à doses convenables et dans de bonnes conditions de coupage et de stérilisation.

SALÉS et VERDIER, à côté de faits d'anaphylaxie grave à la suite d'ingestion de lait de vache, citent des faits de petite anaphylaxie se traduisant par des troubles digestifs et des manifestations cutanées.

Le lait d'autres animaux peut produire les mêmes effets et l'apparition du strophulus a pû, dans certains cas, être rapportée à l'ingestion de lait de chèvre.

Autres causes.

Mais il n'est pas toujours aisé de préciser avec certitude si l'hypersensibilité existe exclusivement pour

un produit donné. Force est très souvent d'incriminer des substances alimentaires variées. Les protéïdes ne peuvent être rendues constamment responsables comme on le supposait d'abord. Il faut bien quelquefois reconnaître le rôle des hydrates de carbone et même des graisses.

D'autre part certains aliments se révèlent beaucoup plus souvent en cause que d'autres (par exemple, les œufs, le chocolat).

Il n'est pas jusqu'à l'absorption de certains médicaments : iode, arsenic, eau de mer, qui ne puisse déterminer une crise de strophulus, et il existe des exemples probants.

Parfois, chez le même malade, lors de poussées successives, on peut noter le jeu alternant de l'une ou l'autre de ces différentes substances.

Certains auteurs se sont attachés à rechercher expérimentalement les substances en cause par la méthode des cuti-réactions. SEDDLICK et CROZER KNOWLES ont ainsi obtenus des résultats intéressants chez des enfants atteints de strophulus en employant des antigènes d'origine alimentaire. Sur 12 enfants 12 réagirent positivement. Après avoir institué un régime comportant la suppression des aliments nocifs, ils constatèrent 3 guérisons et 4 améliorations. Les autres éruptions demeurèrent inchangées.

Il existe d'ailleurs d'autres preuves de l'origine anaphylactique des éruptions de strophulus. Signalons les guérisons imprévues survenues dans 25 cas rapportés

par Robert HALLAM, qui avait simplement éloigné les enfants de leur milieu habituel. L'auteur compare cette réaction favorable due au changement d'ambiance à celle que l'on obtient par le même procédé chez les asthmatiques, et il classe le strophulus dans le groupe des maladies allergiques.

CHAPITRE III

LE TERRAIN

La notion d'un terrain particulier est au moins aussi importante que celle des clauses déclanchantes que nous venons d'envisager. Ces dernières, en effet, agissent pour provoquer l'apparition du strophulus, non pas sur un terrain quelconque, mais au contraire sur un terrain spécial, un terrain préparé.

Cette prédisposition de terrain peut relever de deux facteurs, isolés ou combinés :

L'un est héréditaire : ce sont les diverses affections familiales transmises à l'enfant par hérédité.

L'autre est acquis : ce sont les maladies, le plus souvent infectieuses dont l'enfant a pu être atteint au cours de ses premières années.

TERRAIN HÉRÉDITAIRE.

L'arthritisme.

L'arthritisme des parents est certainement le fait le moins contestable de l'étiologie du strophulus. Presque toutes les observations de prurigo-strophulus

viennent le confirmer. Or ce trouble profond de la nutrition qu'on nomme arthritisme paraît capable de se transmettre de génération en génération par un état spécial de débilité héréditaire qui rend l'enfant beaucoup plus sensible que normalement aux écarts de régime ou aux fautes d'hygiène. Cette sensibilité ne se manifeste d'ailleurs pas chez les divers membres d'une même famille au même âge ni par des accidents identiques. C'est ainsi que les enfants atteints de strophulus sont souvent nés d'un père ou d'une mère atteint de goutte, de diabète, d'obésité, d'eczéma, de rhumatisme, de coliques hépatiques ou néphrétiques. Il faut en rapprocher les cas nombreux où les parents ont présenté des accidents d'ordre anaphylactique, crises d'asthme, rhume des foins, migraine, urticaire. Nous avons déjà signalé par ailleurs que les enfants qui ont présenté des éruptions de prurigo dans les premières années de leur vie souffrent souvent plus tard, à l'âge de la puberté ou à l'âge adulte, d'accidents variés de la série anaphylactique ou arthritique.

Il est à remarquer, en outre, que les effets de cette hérédité sont toujours beaucoup plus marqués lorsque la tare familiale est transmise à la fois par le père et par la mère.

LES INFECTIONS.

La tuberculose.

La tuberculose a surtout été incriminée par les auteurs anciens. BAZIN s'était fait le défenseur de la dia-

thèse scrofuleuse. Son rôle semble toutefois aujourd'hui peu important. Il est cependant des cas où la tuberculose des parents d'enfants atteints de strophulus est manifeste et indiscutable. La tuberculose agit alors vraisemblablement en faisant des nourrissons ou des enfants particulièrement débiles et aptes à souffrir des moindres vices alimentaires; mais cette débilité congénitale peut être interprétée soit comme une hérédité tuberculeuse vraie soit comme une simple hérédité de terrain.

L'hérédo-syphilis.

Les rapports de l'hérédo-syphilis et du strophulus ont été défendus bien davantage, et par de très nombreux auteurs.

LEREDDE a été l'un des plus ardents défenseurs de cette idée. Il a rapporté un certain nombre d'observations de strophulus hérédo-spécifiques et écrit : « Des dermatoses telles que... le prurigo sous toutes ses formes s'observent avec une fréquence invraisemblable chez des hérédo-syphilitiques... Chez l'enfant atteint de prurigo-simplex (strophulus des médecins d'enfants), les accidents cutanés constituent à eux seuls un signe de présomption de l'infection héréditaire d'une valeur extrême et qui impose le traitement d'épreuve. L'action favorable de celui-ci peut aller jusqu'à la guérison complète ».

RAVAUT reconnaît la difficulté qu'il y a à faire la preuve de l'infection syphilitique, mais considère comme probant l'argument thérapeutique. FEUILLET

rapporte les bons résultats obtenus grâce à la médication mercurielle. MILIAN écrit : « Le strophulus ainsi que nous le publierons est une maladie syphilitique ». Et encore : « Nous rappelons que le strophulus se voit surtout chez les hérédosyphilitiques ». ARROM insiste également sur l'importance du terrain hérédospécifique. Mlle GUÉNIN enfin, puis DOUKAN consacrent leurs thèses aux rapports du strophulus et de l'hérédosyphilis et concluent dans le sens de leur existence fréquente.

Mais s'il existe sans aucun doute, des cas authentiques de strophulus hérédospécifiques, ceci est très loin d'être la règle. Et, sur le très grand nombre d'observations de strophulus chez l'enfant, l'hérédosyphilis ne peut être retenue que dans un nombre de cas tout à fait restreint.

LES INTOXICATIONS.

Les intoxications, surtout celles qui atteignent le système nerveux, peuvent aussi créer la prédisposition au prurigo chez l'enfant. Il s'agit habituellement d'intoxication banale et fréquente par l'alcool, le café ou le tabac.

Il faut enfin faire une certaine part au surmenage intellectuel et au nervosisme des ascendants. Nombreuses en effet sont les observations de prurigo survenues chez des enfants dont les parents sont fatigués par l'effort cérébral, et ceci surtout lorsque le père et la mère souffrent tous deux de ce surmenage. Les professions intellectuelles comportent d'autre part bien

souvent des habitudes sédentaires qui, jointes souvent à une alimentation trop carnée ou monomorphe, entretiennent l'arthritisme chez les parents et créent chez l'enfant la prédisposition au strophulus.

Terrain acquis.

Différentes infections ou tares acquises peuvent, soit isolément, soit en se superposant aux prédispositions héréditaires, créer un terrain favorable à l'éclosion du prurigo.

Dentition.

BAZIN, DEVERGIE, VIDAL incriminaient les éruptions dentaires. JACQUET appréciait beaucoup cette opinion « démodée » et rappelait les expressions si révélatrices : feux de dents, zahn-pocken, tooth-rash pour désigner les prurigos infantiles. Plus tard, DARIER note l'indéniable coïncidence de certains prurigos aigus des jeunes gens et de l'éruption de la dent de sagesse. HUDELÔ mentionne également l'influence incontestable de l'évolution dentaire sur les manifestations cutanées. Seul, WINKLER, non convaincu signale l'impossibilité d'expliquer le strophulus des enfants de trois ou quatre ans ayant terminé leur poussée dentaire. Il est probable pourtant que l'éruption dentaire provoque indirectement le Strophulus par les troubles digestifs qu'elle engendre.

Infections.

Les infections acquises viennent souvent exagérer la prédisposition héréditaire; dans d'autres cas, elles créent elles-mêmes de nouvelles dispositions.

Toutes les infections chroniques et notamment la tuberculose peuvent être en jeu. Mais ce sont surtout les infections subaiguës, prolongées, traînantes, si fréquentes chez l'enfant qui jouent le rôle capital. Parmi les plus banales nous citerons les infections rhinopharyngées, végétations adénoïdes, coryzas ou amygdalites à répétition.

Nous reviendrons plus loin sur les infections intestinales.

Les infections aiguës de tout ordre, pyodermites, dysenterie, scarlatine, rougeole et autres fièvres éruptives, grippe, broncho-pneumonies, etc... en débilitant profondément le malade jouent ce même rôle prédisposant vis-à-vis du strophulus.

Les infections aiguës, d'autre part, peuvent réveiller une susceptibilité ancienne apparemment guérie.

Erreurs de régimes.

Les erreurs de régime jouent un rôle non moins important.

Autrefois, il s'agissait surtout de suralimentations variées portant sur la viande, les œufs, le lait, le pain, ou sur l'ensemble des aliments.

Actuellement, ce sont surtout des régimes carencés ou mal équilibrés qui sont en cause : alimentation strictement lactée trop prolongée, alimentation carencée en aliments frais, légumes verts ou fruits.

Parfois c'est indirectement que l'enfant est soumis à une alimentation défectueuse : nourrissons au sein

dont la mère prend une nourriture insuffisamment variée.

Troubles digestifs.

Certains voient dans les troubles digestifs la cause essentielle du prurigo. Ils sont certainement très fréquents chez les enfants atteints de cette dermatose, mais ils reconnaissent des causes diverses.

Dans certains cas, ils peuvent être d'origine dentaire.

Pour LORTAT-JACOB, le rôle capital serait joué par les infections du tractus intestinal consécutives aux végétations adénoïdes et aux rhinites postérieures.

RIBADEAU-DUMAS, MATHIEU et Mlle VASSEUR, dans sa thèse, ont bien montré que les albumines n'étaient pas toujours seules en cause et que la dyspepsie des farineux avec colite acide pouvait être à la base d'éruption de prurigo-strophulus.

Enfin l'helminthiase ou l'oxyurase se trouveraient pour d'autres auteurs à la base de l'affection (SCHUTZ).

Troubles endocriniens.

Un certain nombre de troubles endocriniens ont pu être relevée qui constituaient une prédisposition au strophulus. Il s'agit le plus souvent d'insuffisance thyroïdienne; mais aussi, parfois, d'insuffisance surrénale, ovarienne, et même pancréatique.

Quant à la déficience du foie, héréditaire ou acquise, nous nous proposons d'y revenir plus loin.

En résumé, trois facteurs essentiels semblent jouer un rôle dans la production du strophulus. Ce sont :

— Une faute dans l'hygiène alimentaire.

— Des troubles digestifs, permanents ou transitoires, conditionnés le plus souvent par une nourriture mal réglée, mais aussi par des phénomènes infectieux rhino-pharyngés.

— Un trouble hépatique accompagné parfois par une augmentation de volume du foie et consécutif soit à des phénomènes entéritiques préalables, soit à une tare infectieuse héréditaire où la syphilis prend certainement une certaine part.

C'est ce trouble hépatique dont nous nous proposons avant tout de montrer l'importance.

CHAPITRE IV

LE DYSFONCTIONNEMENT HEPATIQUE

De toutes les modifications du terrain que nous avons envisagées, celle qui nous est apparue comme la plus fréquente et la plus importante, est un trouble des fonctions hépatiques.

Cette notion n'est d'ailleurs pas nouvelle et a été signalée par de nombreux auteurs. LEREBoullet en particulier, en se basant sur l'examen du sérum, a insisté sur le rôle important de la cholémie dans la pathogénie des diverses variétés de prurigo et de l'urticaire. Toutefois le rôle de la fonction hépatique dans la pathogénie du strophulus a souvent été méconnu ou du moins amenuisé par rapport aux différents autres facteurs que nous avons envisagés; c'est pourquoi nous voudrions y insister davantage.

Signes cliniques.

Il ne s'agit d'ailleurs jamais de signes graves d'insuffisance hépatique, mais au contraire, de signes

légers, qui tirent leur intérêt de la fréquence presque constante avec laquelle on les retrouve par un examen minutieux, et des directives thérapeutiques qui en découlent.

Ce sont d'abord des signes d'assimilation défectueuse, traduisant le mauvais fonctionnement de la fonction biliaire : enfants qui digèrent mal, d'appétit capricieux, médiocre, avec des périodes d'anorexie que rien n'explique. Ils présentent fréquemment des régurgitations, parfois des vomissements après une tétée un peu prolongée.

Les troubles intestinaux, dont nous avons vu la fréquence extrême, sont presque toujours des signes d'hypo-activité biliaire : tendance à la constipation avec faible coloration des selles, qui sont dures, blanchâtres, ou, au contraire, pâteuses, incomplètement digérées. Dans d'autres cas, ce sont des poussées d'hypercholie qui, alternant avec l'hypochole, témoignent de l'irrégularité de la biligénèse. C'est ainsi qu'on voit apparaître tantôt quelques selles vertes, survenant brusquement, sans douleur, sans fièvre, et disparaissant rapidement, tantôt des crises diarrhéiques avec selles fétides, survenues pour une cause minime ou même sans cause et persistant malgré la diète et le régime. Souvent aussi on observe des coliques intestinales avec ballonnement, tympanisme abdominal.

Enfin, la langue est généralement blanchâtre, l'haleine malodorante. On trouve fréquemment le foie

augmenté de volume et légèrement sensible. Les urines peuvent contenir de l'urobiline.

A côté de ces signes organiques retrouvés par l'examen systématique et complet de l'enfant, il faut insister sur l'importance de l'interrogatoire des parents. Il révèle en effet très souvent l'existence chez les ascendants, et en particulier chez la mère, d'affections hépato-biliaires de nature diverse.

Voici, résumées, un certain nombre d'observations recueillies à la consultation de l'hôpital Trousseau. Elles viennent à l'appui de ce que nous avons dit précédemment et montrent que tous ces enfants atteints de strophulus doivent être traités comme de petits insuffisants hépatiques, non seulement pour hâter l'évolution du prurigo lui-même, mais aussi pour éviter dans l'avenir d'autres accidents de même origine.

Observations.

OBSERVATION I.

André T..., 5 ans, est amené à la consultation le 16 mai 1938 pour une éruption prurigineuse qui présente tous les caractères d'une prurigo-strophulus typique.

Cette poussée n'est d'ailleurs pas la première. L'enfant présente en effet des accidents analogues depuis l'âge de 10 mois. Les poussées surviennent très irrégulièrement à intervalles variables de 1 à 6 mois. Les parents ont remarqué qu'elles étaient souvent en rapport avec l'ingestion de chocolat et de lait. Chocolat et lait ont donc été supprimés du régime, cependant les accès prurigineux ont persisté.

L'enfant est né à terme et a été nourri au lait de vache. Il ne présente pas d'antécédents particuliers. Son poids est de 16 kgs 200. La langue est blanchâtre et l'enfant a souvent mauvaise haleine le matin. Les selles sont généralement peu colorées. Le foie n'est pas augmenté de volume. Il existe de nombreux petits ganglions cervicaux.

L'interrogatoire apprend que le grand-père paternel est mort de tuberculose pulmonaire (Il n'a jamais été en contact avec l'enfant). Le père est en bonne santé. La mère a présenté une crise de colique hépatique pour la première fois il y a 2 ans. Elle souffre depuis longtemps d'urticaire et de prurit. Elle a de l'acné du visage. L'enfant est mis au régime végétarien strict et au calomel.

Il est revu le 12 juin. Le régime a été suivi à peu près. Pendant cette période, l'enfant n'a souffert d'aucun prurit. Son poids est de 17 kilogs.

Le 18 octobre, c'est-à-dire 5 mois plus tard l'enfant n'a toujours pas présenté de nouvel accès malgré un régime élargi. Surtout il n'a plus mauvaise bouche ni mauvaise haleine. Le foie est normal. La micropolyadénoputtie persiste.

OBSERVATION II.

Henri Y..., 4 ans est vu le 10 janvier 1938 pour une première crise de strophulus.

Enfant né avant terme, élevé au sein. Très nerveux, présente des terreurs nocturnes. Poids : 14 kilogs.

L'enfant a toujours été anorexique. Il a mauvaise haleine le matin. La langue est saburrale. Les selles parfois décolorées, parfois noires et blanches. Le foie est nettement augmenté de volume et déborde le rebord costal de 4 centimètres et demi.

La mère est en bonne santé. Le père présente des signes d'alcoolisme chronique.

Traitement : Calomel et Bi-citrol.

15 jours plus tard l'accès est terminé et l'enfant n'a pas présenté de nouvelle poussée. Par la suite il n'est pas revenu à la consultation.

OBSERVATION III.

Maurice A..., 18 mois, vu le 16 mars 1938, présente une éruption de strophulus qui atteint presque tout le corps.

C'est un bel enfant pesant 10 kilogs. Né à terme, nourri au sein, facile à élever. Comme antécédent pathologique, on ne retrouve qu'une angine à l'âge de 16 mois.

L'éruption de strophulus dure déjà depuis près de 6 semaines avec des poussées plus intenses. Les parents n'ont remarqué aucune cause déclenchante alimentaire. Depuis 3 semaines, l'enfant a été soumis sans succès à l'hétéro-hémothérapie. Depuis 10 jours on a supprimé le lait; l'éruption persiste cependant.

A l'examen on constate que les amygdales sont volumineuses et anfractueuses. L'appétit est bon. Les selles sont normales et régulières. Le foie n'est pas augmenté de volume.

L'interrogatoire des parents montre que tous deux présentent des antécédents hépatiques. Le père a présenté 2 icères successifs dans sa jeunesse. La mère a eu quatre crises de coliques hépatiques. Elle suit un régime strict et ne peut supporter l'ingestion d'œufs ni de graisses.

OBSERVATION IV.

Jean C..., 6½ ans, vient à la consultation de l'hôpital Trousseau le 15 mars 1938 pour une éruption prurigineuse.

L'examen local montre qu'il s'agit d'une éruption de strophulus localisée surtout aux extrémités. L'interrogatoire apprend que l'enfant présente des éruptions semblables depuis l'âge de 6 mois. Il existerait une coïncidence remarquable entre l'apparition des éléments de strophulus et les changements de climat. Les accès sont très rares à Paris et surviennent au contraire inmanquablement dès que l'enfant quitte cette ville. D'autre part le lait n'est pas supporté sous quelque forme que ce soit. L'enfant présente en outre

des antécédents pathologiques déjà chargés. A trois mois épisode infectieux étiqueté grippe. Congestion pulmonaire à 2 ans. Entérite depuis la naissance.

En outre le petit malade a présenté depuis un an 5 crises ayant l'allure de crises d'asthme. Chaque crise est caractérisée par des éternuements suivis de toux puis d'une dyspnée importante et souvent de vomissements au moment de ces accès la température s'élève à 39°5-40°. Il est à noter que jamais l'enfant n'a présenté de strophulus pendant ces périodes.

L'examen général montre un enfant ayant bon aspect général. Son poids est de 17 kgs 500 pour une taille de 1 m. 07. L'auscultation pulmonaire ne révèle aucun signe anormal.

La cuti-réaction est négative. Les amygdales sont très volumineuses et leur ablation est conseillée. La langue est propre. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. Mais il existe des troubles digestifs caractérisés par des alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques. A plusieurs reprises les selles ont été décolorées, presque blanchâtres.

Le père a eu une pleurésie dans son enfance.

La mère a fréquemment de l'urticaire. Elle n'a jamais senté une intolérance nette aux œufs et aux graisses.

OBSERVATION V.

Jacqueline A..., 2 ans est suivie à la consultation depuis un an pour des crises répétées de prurigo-strophulus.

Cette enfant ne présente pas d'autre antécédent pathologique particulier, sauf une varicelle à l'âge de 1 an. L'éruption qu'elle présente est disséminée sur tout le corps avec prédominance aux bras, aux jambes et dans le dos. A côté d'éléments typiques il existe des éléments déjà cicatrisés et d'autres sanglants au niveau desquels l'enfant se gratte et fait sauter les croûtes. Il n'existe pas de sillons interdigitaux.

L'enfant pèse 10 kgs 500 et a un bon aspect général. La

cuti-réaction est négative. Les urines sont normales. Mais l'haleine est nettement malodorante. La constipation est fréquente et tenace. Le foie est normal.

Il n'existe pas dans ce cas d'antécédents héréditaires particuliers. Le père est mort accidentellement. La mère est en bonne santé.

OBSERVATION VI.

Jeannine B..., 5 ans présente le 20 février 1938 une éruption légère de strophulus.

C'est le second accès, une éruption semblable ayant été observée 1 an auparavant. L'enfant qui pèse 17 kilogs a toujours été un petit vomisseur. Très souvent il s'agit de vomissements bilieux. La langue est blanche. La constipation est fréquente. Le foie déborde légèrement le rebord costal. L'enfant ne supporte pas les œufs et assez mal le lait. Il est à signaler en outre qu'il est toujours malade en voiture et en train.

Le père est tuberculeux et alcoolique : il est à l'hôpital pour une cirrhose du foie. La mère a présenté de fréquentes vomissements dans l'enfance et y est encore sujette. Elle se plaint en outre de troubles dyspeptiques et de violentes poussées d'urticaire.

OBSERVATION VII.

Jean B..., 4 ans. Vu le 2 juin 1938 pour une première crise de strophulus.

Enfant né à terme, nourri au sein. Poids 15 kilogs, a maigri de un kilog. depuis le début de l'éruption. Le seul antécédent notable est une broncho-pneumonie à l'âge de 16 mois. Cuti-réaction négative.

L'éruption est très abondante, très prurigineuse et l'enfant présente de nombreuses lésions de grattages. L'appétit normal, mais la langue est blanchâtre. Les vomissements

sont fréquents et souvent bilieux. Les selles sont en général normales malgré des crises diarrhéiques à intervalles espacés. Le foie est de volume normal.

La mère est obèse. Elle présente souvent des migraines et de l'urticaire. Le père est en assez bonne santé mais nerveux, instable, souvent insomniaque.

OBSERVATION VIII.

Jacqueline C..., 6 ans et demi est examinée pour la première fois à la consultation le 27 janvier 1938.

Elle présente une éruption de strophulus abondante mais assez peu prurigineuse. C'est une fille grande et maigre (18 kgs 500), blonde, pâle. Les yeux sont bleus avec de longs cils. L'auscultation pulmonaire ne révèle aucun signe suspect mais il existe de nombreux petits ganglions cervicaux et inguinaux. La cuti-réaction est + + +. Le seul antécédent pathologique à signaler est une broncho-pneumonie à l'âge de 3 mois et demi.

On trouve en outre chez cette enfant des signes hépatiques importants : la langue est blanche; les troubles digestifs surtout sont très marqués : depuis longtemps les selles sont noires et blanches, irrégulièrement colorées; la constipation est habituelle, entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Le foie déborde nettement le rebord costal. Les urines contiennent des traces d'urobiline.

Le père est mort d'une affection pulmonaire probablement de nature tuberculeuse. La mère présente tous les signes d'un goitre exophtalmique.

OBSERVATION IX.

Claude L..., 3 ans est vu le 7 février 1938 à l'occasion d'une poussée de strophulus.

Ces poussées sont apparues depuis 1 an et se reproduisent à intervalles de deux à trois mois. Elles sont très prurigineuses. Elles semblent sans rapport avec le régime alimentaire ni avec aucune autre cause occasionnelle.

L'enfant a un très bon aspect général. Il pèse 14 kgs 700. Né à terme, élevé au sein il a présenté durant sa première année des vomissements souvent bilieux. Depuis, il n'a présenté aucun autre trouble. Les selles en particulier ont toujours été régulières.

A l'examen on ne trouve pas de signes d'ordre hépatique. La langue est propre. Le foie n'est pas gros. Les urines sont normales.

L'enfant est amené par son père qui est en bonne santé. La mère est encore à l'hôpital Laënnec où elle a subi une cholécystectomie pour lithiase biliaire.

OBSERVATION X.

Gustave M..., 7 ans est vu le 8 mars 1938 pour une éruption prurigineuse.

L'enfant a déjà présenté des éruptions semblables et toujours dans les mêmes conditions, c'est-à-dire presque à chaque fois que l'enfant quitte Paris et particulièrement en été. Il n'a jamais eu de crise d'asthme.

A l'examen, l'éruption apparaît constituée par des bulles de strophulus tout à fait typiques, des éléments urticariens et aussi des lésions de grattage. L'enfant est maigre, constamment agité, présentant de véritables tics. La langue est blanche. Le foie est de volume normal.

On apprend, par l'interrogatoire que l'enfant est très nerveux, dort mal, avec des cauchemars et des terreurs nocturnes. Il est généralement constipé. Il a eu il y a un an un ictère avec légère décoloration des matières qui a persisté une dizaine de jours.

Le père est légèrement obèse et rhumatisant. La mère est hypernerveuse.

Mécanisme.

Les fonctions hépatiques dont le trouble paraît le plus directement en rapport avec l'apparition du strophulus sont la fonction biliaire et la fonction protéopexique.

Normalement, au cours de la digestion d'un repas contenant des albumines, des substances protéiques incomplètement désintégrées traversent la muqueuse intestinale et pénètrent dans la veine porte. Le foie, que traverse le sang porte, exerce sur ces substances une action d'arrêt; il s'oppose à leur pénétration dans la circulation générale où, par leur hétérogénéité, elles provoqueraient inmanquablement le déclenchement d'une crise hémoclasique.

Chez les enfants atteints de strophulus, cette fonction est troublée, et l'apparition du prurigo est la manifestation cutanée de cette crise hémoclasique. Son apparition brusque, la précession de quelques signes généraux : malaise général, anorexie, le caractère urticarien du début de l'éruption l'apparentent au choc hémoclasique.

Mais l'insuffisance biliaire aggrave cette insuffisance protéopexique par la désintégration moins poussée des protéines qu'elle entraîne, et par la fragilisation de la muqueuse intestinale due aux troubles digestifs. Ainsi, le foie qui ne peut plus arrêter

les produits de désintégration qu'il doit normalement fixer, est encore soumis à un travail supplémentaire en raison de l'apport augmenté de ces produits, ce qui aggrave encore son insuffisance.

Ainsi, l'insuffisance hépatique, cliniquement manifeste, agit à la fois par insuffisance biliaire, qui est la cause d'une digestion imparfaite et d'une déficience de la première barrière à la résorption que représente la muqueuse intestinale, et par l'insuffisance protéopexique qui facilite le passage dans la circulation d'albumines hétérogènes.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Local.

Le traitement local n'a que bien peu d'importance en regard du traitement général.

Il convient pourtant de s'attacher chez les prédisposés à éviter les contacts irritants pour la peau : vestimentaires ou médicamenteux.

Au moment des poussées, les bains généraux de son ou d'amidon, ventés par ROYER, ne sont point recommandables pour DARIER : de toute façon on les prescrira courts afin d'éviter toute macération cutanée, et, de préférence tièdes, le soir, avant le coucher. Ainsi, ils sont calmants pour la peau et le système nerveux et sont habituellement suivis d'un sommeil paisible. WINKLER ajoute à leur action en les additionnant de permanganate de potasse ou de bicarbonate de soude.

Les lotions locales alcoolisées restent peu efficaces. On pourra employer des solutions très faibles de thymol, d'acide phénique, ou plus simplement à des lotions salées, vinaigrées, camphrées ou citronnées.

Signalons aussi le rôle favorable de l'occlusion par pansement fermé et la valeur des poudres inertes à base de talc, de sels de bismuth, ou de stéarate de zinc, à la fois adoucissantes et rafraîchissantes. Elles doivent être stérilisées.

Les agents physiques paraissent sans intérêt.

Général.

Le véritable traitement du strophulus est d'ordre général.

Il devra être centré sur deux points essentiels : assurer un régime convenable; modifier le terrain, et tout particulièrement lutter contre l'insuffisance hépatique.

Diététique.

Le mauvais régime d'un petit strophuleux peut tenir à la suralimentation ou au déséquilibre et à la carence.

Contre un régime bien équilibré mais seulement trop abondant (auquel s'ajoute souvent la tachyphagie), il est facile de mettre en garde les parents.

Mais la plupart du temps le régime est mauvais par déséquilibre : absence d'une substance nécessaire, ou mauvaise proportion entre les divers constituants.

Pour être bien équilibré le régime doit comporter en proportions harmonieuses tous les matériaux nécessaires pour alimenter les combustions organiques

de l'enfant et subvenir à son accroissement statural et pondéral.

Ce régime devra fournir à l'enfant :

— De l'azote emprunté au règne végétal, et surtout au règne animal (lait, œufs, fromages, viande, poisson);

— De la graisse : lait, beurre, œufs, petits suisses, etc...

— Des hydrates de carbone : sous forme :

D'amidon apporté par les farines de céréales, les pâtes alimentaires, les pommes de terre, les biscottes, la croûte de pain, les petits beurrés et biscuits secs;

De sucre, saccharose, glucose des fruits, lactose du lait.

— Des substances minérales :

Calcium, abondant dans le lait, les fromages, le jaune d'œuf, certains légumes ou fruits;

Fer, qu'on trouve dans la viande, le jaune d'œuf, les épinards;

Phosphore dans le jaune d'œuf, les cervelles;

— Des vitamines contenues dans la plupart des aliments non stérilisés, spécialement dans le beurre frais, les légumes verts, les fruits crus;

— De l'eau, enfin, qu'il faudra donner sous forme de boisson et que l'enfant trouvera aussi en forte proportion, dans la plupart de ses aliments.

Au total, le régime doit être d'une très grande variété.

Mais, d'autre part, il faut éviter : le réveil de réac-

tions anaphylactiques; les fermentations intestinales; l'excès de travail du foie.

Pour répondre à ces différentes nécessités, il faudra :

— étudier les susceptibilités particulières de l'enfant;

— supprimer les farineux les plus fermentescibles;

— éviter un régime trop gras.

Grâce à cette hygiène alimentaire on verra souvent diminuer le nombre des substances que l'enfant semblait incapable de digérer et on pourra fréquemment rétablir ces aliments dans le régime au bout d'un certain temps.

Modification du terrain.

En premier lieu il convient de donner une médication destinée à améliorer les fonctions hépatiques. Pour cela, outre la diminution des graisses et l'augmentation des vitamines, on proscrira les purgatifs et on donnera soit de l'extrait hépatique, soit du calomel associé au lactose (deux paquets de un centigramme par jour, quatre à cinq jours de suite). S'il est mal toléré on le remplacera par les alcalins.

La désensibilisation spécifique n'est guère réalisable, car il existe habituellement des sensibilités à plusieurs réactogènes. On essaiera plutôt la peptonothérapie préprandiale, procédé de désensibilisation non spécifique (peptone fraîche une heure avant les repas, par périodes de dix jours consécutifs, espa-

cées de cinq jours et prolongées plusieurs mois). En cas d'écœc on pourra avoir recours à l'hyposulfite de soude en injections intra-veineuses, à l'administration de chlorure de calcium per os, à l'auto-hémothérapie.

L'opothérapie thyroïdienne, ovarienne, surrénale, sans constituer à proprement parler un traitement du prurigo peut en être un adjuvant utile dans certains cas.

Chez le jeune enfant, il faudra surveiller tout spécialement le rhino-pharynx; dans certains cas l'ablation des végétations adénoïdes apporte une amélioration évidente.

On traitera lorsqu'il y a lieu, les troubles intestinaux : l'acide lactique sera très indiqué s'il existe des fermentations coliques; d'autres fois, il faudra dépister des oxyures ou lutter contre d'autres parasites intestinaux.

En cas de syphilis héréditaire manifeste, le traitement le meilleur semble être le traitement mercuriel : Huile grise en injection intra-musculaire, par séries espacées de dix piqûres à raison d'une tous les cinq jours. Dans l'intervalle des séries le calomel se trouvera ici doublement indiqué.

L'histaminothérapie en injections intra-dermiques a donné dans certains cas des résultats favorables. Mais ce traitement n'a pas encore été expérimenté sur une assez grande échelle pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives.

Signalons aussi un certain nombre de guérisons, après traitement par l'atophan rapportées par DARIER.

Hygiène générale.

L'hygiène générale enfin ne sera pas négligée. La vie au grand air, au soleil, à la campagne, sera à conseiller dans la mesure du possible.

Un changement d'air aura souvent une influence favorable. SABOURAUD conseille d'envoyer ces enfants à la mer ou à la montagne. Une cure dans certaines stations thermales, telle La Roche Posay, pourra également se trouver indiquée. A défaut de ces déplacements, une cure par les rayons ultra-violetes pourra se montrer efficace.

CONCLUSIONS

1° Le prurigo-strophulus constitue une entité morbide bien définie. Le caractère polymorphe et la tendance à la récidence sont les caractéristiques les plus particulières de l'éruption.

2° L'éruption de strophulus paraît résulter de la combinaison de 2 facteurs : d'une part, une cause déclenchante, le plus souvent alimentaire, mais très variée dans sa nature; d'autre part, une modification du terrain.

3° Cette modification du terrain consiste dans un très grand nombre de cas en une insuffisance hépatique légère, très souvent cependant, manifeste cliniquement.

4° Les fonctions hépatiques, dont le trouble semble le plus directement en rapport avec l'apparition du strophulus sont la fonction biliaire et la fonction protéopexique.

5° Le traitement de ce trouble hépatique doit être mis en œuvre pour traiter le strophulus.

Vu : Le Président de Thèse,

P. LEREBoullet.

Vu : Le Doyen,

M. Tiffeneau.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBRECHT. — L'insuffisance hépatique dans le Prurigo-Strophulus de l'enfant et son traitement par l'extrait de *Cynara Scolymus*. *Th. Paris*, 1937.
- ARTOM. — Il prurigo-strophulo. *Dermatosifiligrapho*, Sept. 1930, p. 608.
- BARDIN. — Prurigo chez l'enfant. *Th. Paris*, 1903-04.
- BEAUPERTHUY. — Rapports de la syphilis avec certaines dermatoses coexistantes. *Th. Paris*, 1901-1902.
- BEGUINOT. — Dermatoses prurigineuses infantiles, diagnostic avec le prurigo de Hebra. *Th. Paris*, 1902-03.
- BERNHARDT. — Zur pathogenese der prurigo. *Arch. f. Derm. Syphil.*, 1901.
- BESNIER. — Sur la question du prurigo. *Ann. Derm. et Syph.*, 1892, p. 634.
- BLASCHKO. — Ueber Stroph. infantum. *Berl. Klin. Woch.*, 1895, p. 11).
- BLECHMANN. — Prurigo-Strophulus. *L'Hôpital*, Mars 1925, p. 156.
- BROCQ. — Le Prurigo simplex et sa série morbide. *Ann. de Derm. et Syph.* Janvier 1894.
- Urticaire, prurigo simplex et prurigo de Hebra. *Clin. Derm.*, p. 328, Masson édit.
- Traité de Derm. prat., 1906, t. II, p. 137.
- CALAMY. — Dermatoses prurigineuses, traitement par la bromothérapie intraveineuse. *Th. Paris*, 1928.
- CIVATTE. — Formes cliniques et pathogénie des prurigos. *IV^e Congrès des derm. et syph. de langue franç.*, Paris, Juillet 1929, Masson.
- COMBY. — Traité des maladies de l'enfance.
- Etude clinique sur le Strophulus. *Méd. inf.*, 1894, t. II, p. 427.

- CUENIN. — Syphilis héréditaire et prurigo : rapports. *Th. Paris*, 1928.
- DARIER. — Précis de Dermatologie. *Paris, Masson*, 1928, p. 668.
- Sur le prurigo simplex. *Bull. soc. franç. dermat.*, 1893, p. 55.
- DAVENIÈRE. — Strophulus, eczéma infantile; traitement par le babeurre. *Th. Paris*, 1905-06.
- DEMOLY. — Dermatoses prurigineuses : traitement par la bromothérapie intraveineuse. *Th. Paris*, 1928.
- DENTAN. — Strophulus : peptonothérapie pré-prandiale. *Th. Paris*, 1926.
- DOUKAN. — Le Prurigo-Strophulus, étude clinique et pathogénique; rapports avec l'hérédo-syphilis. *Th. Paris*, 1936.
- DUBREUILH. — Strophulus; in *Traité des maladies de l'enfance*, par COMBY, GRANCHER et MARFAN. T. V, p. 534.
- FAVRE. — Les Prurigos. *Rapp. Congrès Derm.*, Paris, 1929.
- FEULAR». — Le Prurigo des enfants. *Third internat. Congress*, Londres 1896.
- FLANDIN. — Les phénomènes d'intolérance au pain complet. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 17 oct. 1924.
- FOX COLCOTT. — On urticaria of infancy and childhood. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1890.
- FRANQUERELME. — Du Strophulus prurigineux. *Th. Paris*, 1858.
- GASTINEL. — A propos du Strophulus. *Bull. Méd.*, 30 avril 1927, n° 18, p. 519.
- GÉNÉVRIER. — Un cas d'anaphylaxie alimentaire vis-à-vis des haricots flageolets. *Bull. Soc. Pédiatrie*, 18 mai 1920.
- GOLAY. — Pathogénie des Prurigos. *Ann. Der. et Syph.*, 1922, p. 407.
- GOUGEROT. — *Archiv. dermat.-syph. de la clinique St-Louis*, N° 9, Mars 1931, p. 141.
- *Société de Derm.*, 15 janvier 1931, N° 1, p. 41.
- La Dermatologie en clientèle.
- GRENET et CLÉMENT. — Eczéma et prurit par anaphylaxie à la farine. Désensibilisation. *Bull. et Mém. Soc. Médic. Hôp. Paris*, 1^{er} juin 1923.
- HALLAM RUPERT. — Papular urticaria. *Brit. Journ. of Derm. and Syph.*, vol. XXXIX, Mars 1927, p. 95.

- HALLEZ. — Prurigo Strophulus des jeunes enfants. *Progrès Médical*, 1923, p. 337.
- HUDELO. — Prurits et prurigos. *La Pratique Médic. Illustr.*, Doin, 1931.
- HUTINEL. — Les maladies des enfants.
- JACQUET. — Prurigos infantiles. *La Pratique Derm.* t. IV, p. 49.
- GUY LAROCHE. — L'anaphylaxie alimentaire.
- LE CLERC. — Traitement du Strophulus. *P. M.*, 22 décembre 1928.
- LELONG. — Prurigo-Strophulus des nourrissons. *Soc. Méd. Prat.*, 1^{er} décembre 1929.
- LEMAIRE. — Sur un cas d'anaphylaxie aux farineux. *Bull. Soc. de Pédiatrie*, 21 oct. 1924.
- LEREBOULLET. — La cholémie familiale, in *Les maladies du foie et leur traitement*, p. 257.
- Traitement des infections cutanées chez l'enfant. *Pédiatrie pratique*, 5 novembre 1925.
- Traitement des réactions cutanées chez l'enfant. *Pédiatrie pratique*, 5 décembre 1925.
- Urticaire et Prurigo d'origine biliaire. *Bulletins de la Société de Biologie*, 26 juillet 1902.
- LEREDDE. — Traitement interne des maladies de la peau. *Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*, 1903.
- LEROY et MATHIEU. — Le traitement diététique du prurigo-strophulus. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, t. CI, 25 sept. 1930.
- LESAGE. — La débilité arthritique chez l'enfant.
- LE SCORNET. — Prurigo-Strophulus de la Première enfance. *Le Nourrisson*, Nov. 1914.
- LESNÉ. — Traitement par le babeurre de certaines toxidermites de l'enfance (strophules et eczéma). *Archives de Médecine des enfants*, Janv. 1906.
- Forme grave d'anaphylaxie aux lentilles. *Bull. Soc. Pédiatrie*, 19 juin 1923.
- LUTEMBACHER. — Le prurigo. *Rev. int. méd. et clin.*, 25 janv. p. 24.

- MARFAN. — Clinique des maladies de la première enfance. 2^e série, Masson, 1931.
- Affections des voies digestives de la première enfance.
- MATHIEU et VASSEUR. — Etude sur le prurigo-strophulus et insuffisances alimentaires. *Arch. mal. app. digest.*, Mars 1930, p. 322.
- MILLIAN. — Prurigo simplex aigu. *Rev. franç. Derm. et Vénéor.*, 1926, p. 109, n^o 2.
- NOBÉCOURT. — Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons.
- NOUVELLE PRATIQUE DERMATOLOGIQUE. — Tome V, p. 293.
- PASTEUR VALLÉRY-RADOT. — Sensibilisation au pain. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 10 oct. 1924.
- Traitement du strophulus par la peptono-thérapie préprandiale. *Paris médical*, 24 avril 1926.
- PEHU. — Anaphylaxie et anti-anaphylaxie en médecine infantile. *Paris médical*, 5 nov. 1921).
- POTTER. — Ration normale des enfants. *Archives of Pediatrics*, oct. 1928.
- RANDOUIN. — Les données et les inconnues du problème alimentaire.
- RIBADEAU-DUMAS. — In *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, t. XXIV. *Pédiatrie*.
- SALES. — Diagnostic de l'anaphylaxie du nourrisson au lait de vache. *Le Nourrisson*, juillet 1924.
- SAINT-GIRONS. — Prurigo-Strophulus. *Nutrition*, 1932, p. 93.
- L'insuffisance hépatique chez l'enfant. *Concours médical*, 12 février 1936.
- SCHULMANN. — *Traité de dermatologie*. Paris, 1933, t. II, p. 6.
- SÉZARY. — Reproduction expérimentale de la papule de Strophulus. *Bull. soc. fr. Der. et Syph.*, fév. 1932, p. 254.
- SIDLIK. — The value of cutaneous sensitization tests employed in eczema and papular urticaria in childhood. *Americ. Journ. of diseases of children*, 1922.
- TERRIEN. — Précis d'alimentation des enfants.
- URBACH. — Recherches expérimentales sur la nature aller-

gique et sur le principal point d'attaque de l'hypersensibilisation dans les prurigos aigus (strophulus). *Arch. fur Derm. u. Syphil.*, t. CLVI, 1928, N° 3.

VASSEUR Etude sur le prurigo-strophulus. *Th. Paris*, 1929.

WEIGERT. — Praktische Erfahrungen zur Aetiologie und diätetischen. *Therapie der Prurigo infantum*.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
CLINIQUE	18
CAUSES PROVOCATRICES	39
TERRAIN	46
DYSFONCTIONNEMENT HÉPATIQUE	54
TRAITEMENT	65
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	72
BIBLIOGRAPHIE	73

